

Année 1906

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Mai 1906, à 1 heure,

PAR

JOSEPH LEFRANC

de la Faculté de Paris,
Ex-Interne de l'hôpital Saint-Michel

DE LA RÉSECTION DU COL UTÉRIN

DANS LES CERVICITES CHRONIQUES

Par le procédé de Pouëy

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : { MM. BONNAIRE, }
 { DEMELIN, } *agregés.*
 { BRINDEAU, }

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

52, rue Madame

1906

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.....	M. DEBOVE
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	N.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	N.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU
	TILLAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	DE LA PERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.)	GOIJET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNÉO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL, Chef des	
DUPRE	LEGRY	Trav. Anatomiques.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Hommage de ma piété filiale.

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MM. J. RECAMIER ET P. PETIT

Chirurgiens de l'Hôpital Saint-Michel.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur BUDIN,

*Professeur de Clinique obstétricale,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.*

*A mes premiers Maîtres dans les Hôpitaux, et à l'Ecole
de Plein Exercice de Nantes :*

MM. : MALHERBE, HERVOUËT, VIGNARD, GUILLEMET,
E. BUREAU, A. MONNIER, AUBRY, JALABER.

*A mes Maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté de
Médecine de Paris :*

MM. les Professeurs et Médecins des Hôpitaux :
POZZI, LANDOUZY, DIEULAFOY, MARION, COMBY, POTHERAT.

De la résection du col utérin dans les cervicites chroniques

PAR LE PROCÉDÉ POUÉY

INTRODUCTION

C'est surtout pendant notre séjour, comme interne, à l'Hôpital Saint-Michel, que nous avons été frappé du nombre de personnes atteintes de *Cervicites chroniques*.

Aussi cette affection ne laissa pas que de nous captiver, et, quand vint le moment de faire choix d'un sujet de thèse, nous n'hésitâmes pas un instant.

Notre éminent maître, le Dr Paul Petit, ratifia ce choix, et voulut bien nous indiquer la voie à suivre pour ne pas tomber dans les sentiers trop battus.

Car « Cervicites », banal sujet, si l'on ne tient compte que de la fréquence, l'étiologie, la symptomatologie du

mal, mais qui cesse de l'être et devient même des plus intéressants, si l'on se place au point de vue du traitement.

C'est l'objectif que nous a signalé le D^r P. Petit : ce sera le but de ce travail inaugural.

Loin de nous, cependant, la prétentieuse idée de placer toute la thérapeutique de la cervicite dans un cadre qui ne peut trop s'élargir ! — Aussi, au traitement médical proprement dit (badigeonnages, injections, instillations, etc.), que nous nous permettrons d'appeler insuffisant, « quand l'abondance et la densité de l'écoulement catarrhal dénoncent une hyperplasie marquée des glandes intra-cervicales », ne consacrerons-nous que quelques lignes.

Quant au traitement chirurgical, dont les méthodes sont nombreuses, nous en signalerons et développerons dans une certaine mesure les plus importantes, nous réservant d'exposer et d'étudier, aussi à fond que nous le pourrons, le procédé qui nous a toujours donné à Saint-Michel, ainsi qu'à son promoteur, les plus larges satisfactions.

J'ai nommé la méthode du D^r Pouëy, chirurgien des plus distingués de Montévidéo.

Il a bien voulu nous communiquer son mode opératoire, les impressions qu'il a transmises au Congrès de Buénos-Ayres et la relation d'un accouchement chez une de ses opérées, il nous permettra, en retour, de lui envoyer nos lointains et plus sincères remerciements, avec l'assurance qu'il a trouvé dans l'interne de Saint-Michel

un prosélyte convaincu de l'excellence de ce qu'il appelle : « L'évidement conoïde du col. »

Nos distingués et excellents maîtres, les docteurs P. Petit et J. Récamier, voudront bien nous permettre de les associer à ces sentiments de reconnaissance, et rester assurés que nous ne saurions oublier les excellentes leçons prises à leur école, et les diverses et nombreuses marques de confiance qu'ils ont bien voulu nous donner.

M. le professeur Budin nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre très respectueuse et profonde gratitude.

PREMIERE PARTIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Avant d'entrer dans le sujet, qu'intéresse au premier chef la pathologie du col utérin, nous avons cru indispensable d'en faire une étude au moins succincte.

Le col étant plus vulnérable que le corps de l'utérus, la métrite cervicale est plus fréquente que celle du corps et, en tout cas, prédominante.

Chez les nullipares, à orifice externe étroit, on observe quelquefois un *engouement muqueux*, une accumulation de mucus visqueux qui distend le col en barillet. « Toutes les formes du col, congénitalement étroit, dit le professeur Pozzi, sont susceptibles de présenter cette sténose anormale, en trou d'aiguille de l'orifice externe, mais elle se rencontre plus particulièrement dans le col conique. Dans des cas invétérés, j'ai observé des *végétations polypeuses*, soit isolées, soit multiples, et farcissant la cavité du col. Ces cas correspondent toujours à des dysménorrhées anciennes et très intenses. »

Parfois, dans l'endocervicite, les villosités de l'arbre-de-vie sont notablement exagérées, et il peut exister des kystes glandulaires saillants présentant jusqu'à 1 centimètre de diamètre (*œufs de Naboth*). A l'examen histologique, les cellules épithéliales les plus extérieures sont allongées, cylindriques, en transformation muqueuse. Les glandes, plus nombreuses qu'à l'état normal, plus ramifiées, sont parfois oblitérées sur une partie de leur trajet, d'où la formation des *œufs de Naboth*. — Du côté du tissu conjonctif, il y a prolifération des cellules normales et infiltration de cellules rondes, surtout autour des glandes et des vaisseaux.

L'hyperplasie des glandes peut déterminer, sans participation du stroma, une *hypertrophie du col* (hypertrophie inflammatoire à forme glandulaire).

Lorsque les lésions inflammatoires se manifestent à l'extérieur du museau de tanche, on a la cervicite externe qui est en continuité pathogénique et anatomique avec l'endocervicite.

Les *granulations* ou *folliculites*, qu'on observe parfois sur le col, sont de petites élevures, simulant une éruption et pouvant aboutir à l'ulcération ou se transformer en œufs de Naboth.

A la surface du col on observe encore des plaques rouges qui, par leurs plissements ondulés et frangés, rappellent l'aspect de la muqueuse intracervicale : ce sont les *plaques catarrhales* de Hart et Barbourg. Ces plaques ont, d'autres fois, une apparence érosive.

Les érosions se remarquent surtout au voisinage de

l'orifice externe ; elles sont caractérisées par un aspect rouge et dépoli, sans saillie ni dépression, survenant à la suite d'une vaginite aiguë, ou par le contact d'un corps étranger, d'un pessaire, par exemple.

A l'examen histologique, on constate que l'épithélium pavimenteux normal est remplacé par un épithélium cylindrique.

L'*ulcération* qui peut exister sur la totalité ou une partie de la circonférence de l'orifice externe est caractérisée par une dépression, à surface lisse et rouge ou veloutée, même villeuse, généralement circonscrite par un bord circulaire. L'ulcération, comme l'ont démontré Veit et Ruge, puis de Sinéty, ne serait pas un procédé de destruction, mais bien une néoformation.

« Tandis que l'épithélium cylindrique, dit M. le professeur Pozzi, remplace, au niveau de la surface externe *ulcérée*, l'épithélium pavimenteux, il s'y produit des glandes juxtaposées, et la substance interglandulaire prend, entre ces dépressions, l'aspect des pieux d'une palissade, d'où l'aspect *papillaire* de la surface. Lorsqu'une déchirure bilatérale du col permet à cette néoformation glandulaire de s'étaler largement à l'extérieur, elle déborde l'orifice externe comme un parement de velours cramoisi sur une manche. D'autres fois, ces glandes deviennent kystiques et forment des mamelons dans le fond de l'ulcération qui prend alors l'aspect *folliculaire*.

Ces kystes peuvent former des amas détachés de la surface du col, sous forme de *polypes muqueux* ou utéro-folliculaires. Ce sont de petits amas rosés, semi-transpa-

rents ou violacés, plus ou moins franchement pédiculés dans la cavité ou hors de l'orifice du museau de tanche ; ils ressemblent beaucoup aux polypes muqueux du nez, quoiqu'étant infiniment plus vasculaires. Quand la transformation kystique des glandes se fait dans l'épaisseur même du tissu cervical, elle peut, en pénétrant et dilatant sa substance, en provoquer l'allongement par *hypertrophie folliculaire*. Enfin la végétation glandulaire et la transformation kystique peuvent se faire aussi à l'intérieur du col entr'ouvert, et constituent alors dans sa cavité des reliefs sessiles que je compare volontiers à une amygdale. »

La déchirure du col est fréquente pendant l'accouchement ; elle est souvent bilatérale, mais peut être multiple ou encore unilatérale. La cicatrisation peut être spontanée, mais souvent il reste une *ulcération*, et celle-ci peut aller jusqu'à un ectropion considérable. — Dans la cicatrisation spontanée il peut y avoir compression de glandes, d'où *hyperplasie kystique*.

En terminant cette brève étude, ce qu'il importe de faire ressortir, c'est qu'au point de vue pathologique, les lésions de l'endocervicite sont profondes. La muqueuse est primitivement touchée, les glandes ne tardent pas à être infectées, et, vu leur situation et leur abondance, le tissu musculaire lui-même sera bientôt en contact avec les agents pathogènes.

La cervicite est donc une lésion à marche envahissante que la thérapeutique, pour être efficace, doit aller frapper aussi profondément que vigoureusement.

DEUXIEME PARTIE

TRAITEMENT MÉDICAL.

Ainsi que nous l'avons dit au début de ce travail, nous n'appuierons que légèrement sur le traitement purement médical.

S'il a, en effet, provoqué nombre d'améliorations que nous ne saurions contester, amené aussi des guérisons durables, il se dérobe trop souvent, quand il s'adresse à des cas graves ou anciens, pour exiger de nous autre chose qu'une nomenclature suivie de quelques explications.

Et cependant nous ferons une exception en faveur du *néophilos*. Il est, en effet, de cette thérapeutique, l'agent important, celui qui mérite une mention toute spéciale.

1° *Néophilos*. — Autrefois, préconisé par Amussat, sous le nom de caustique de Filhos, il a été remis en honneur par M. Richelot, avec l'appellation de « néophilos ». Celui-ci est, d'ailleurs, plus énergique que son ancêtre.

Sous l'impulsion de ce maître, il accapare aujourd'hui, et non sans raison, les faveurs d'un nombreux public médical. C'est un crayon que l'on fait passer sur les parties malades, en insistant plus ou moins, suivant la gravité de l'atteinte.

Il en résulte une escharre noirâtre superficielle. Dès qu'elle est formée, il faut retirer le crayon et laver à grande eau le vagin, que l'on tamponne avec de la gaze aseptique ou iodoformée.

Cette opération se renouvelle six à douze fois avec des intervalles de cinq à huit jours.

Après la chute de l'escharre, il reste une surface ulcérée qui met plus ou moins de temps à disparaître.

Deux ou trois semaines après la dernière opération, selon le promoteur de la méthode, le col a repris sa forme et ses dimensions normales.

D'après M. Macron, la *restitutio ad integrum* serait alors complète. « Il n'y a pas, dit-il, de moignon plus ou moins aplati ; le caustique donne au col une forme nouvelle. Le résultat esthétique est supérieur à celui de l'opération de Schröder. Le néophilos assure la conception, permet à la grossesse de suivre son cours normal, à l'accouchement de se faire dans de bonnes conditions. »

M. Richelot n'applique pas son procédé aux seules cervicites légères ou superficielles. Pour lui, c'est précisément contre les cervicites rebelles et invétérées, contre les cols énormes, durs, scléro-kystiques, parsemés de grains jaunes, bourrés d'œufs de Naboth, que son action est puissante.

Mieux que cela, un col, même largement déchiré, que l'opération de Schröder déforme et raccourcit, reprend par l'emploi du Filhos, sa forme et sa longueur primitives, redevient, en un mot, un col de nullipare sans traces des anciennes lacérations.

MM. Pozzi et Doléris se montrent plus méfiants, et préfèrent pour les endométrites cervicales graves, et de vieille date, l'excision de la surface malade.

Le Dr Paul Petit se demande si le procédé de M. Richelot ne vise pas surtout l'endocervicite liée à la plaque catarrhale de l'ectropion.

« J'espère, dit-il, n'être pas contredit par M. Richelot, en avançant que c'est surtout pour cette dernière forme qu'il préconise son procédé, et qu'il a décrit, non sans art, ces séances de sculpture qui, peu à peu, rendent au col l'aspect et la consistance de sa virginité. Il est certain qu'ici, les résultats sont remarquables. Mais ici, la plaque catarrhale est presque tout ; l'endométrium est réduit à rien, et facilement on pénètre au centre de la lésion, jusqu'à l'orifice interne. D'où application facile, efficace, le plus souvent indolore, et sans inconvénient consécutif.

« Mais pour l'endocervicite pure, c'est autre chose : il faut parfois, avant chaque séance, dilater le canal ; parfois l'application est douloureuse, provoque des lipothymies, une ménorrhagie consécutive. Enfin, et surtout, on ne peut être aussi rassuré contre l'atrésie consécutive, étant données les conditions anatomiques, que lorsqu'il s'agit d'ectropion. »

2° *Les irrigations intracervicales* continues et répétées ne sont pas inutiles. Un instrument du D^r P. Petit, les rend pratiques. C'est une pince à abaissement ordinaire, qui porte un ajutage métallique creux qu'elle va fixer au canal cervical. L'autre extrémité de cet ajutage répond au tube d'un injecteur.

3° *Les badigeonnages ou instillations* avec des liquides cathérétiques ou caustiques ne se font pas tous sans difficulté. Teinture d'iode, glycérine créosotée (à 1/5 ou 1/10), Labadie-Lagrave). — Chlorure de zinc (50 0/0) ; pour n'avoir pas d'atrésie consécutive, attouchement de une minute tous les 10 jours (Rheinstædter).

La levure de bière fraîche, que Landau, le premier, a préconisée, aurait donné des succès dans le catarrhe cervical (20 sur 40 cas, suivant lui). Mais, de crainte d'impureté, il y aurait avantage à l'additionner d'un antiseptique.

Il peut arriver, surtout chez les nullipares, que la cavité cervicale soit distendue par du muco-pus. On a eu recours, dans ce cas, pour faciliter la pénétration des antiseptiques et des caustiques, à la dilatation et au curettage du col suivis du lavage ou de l'écouvillonnage. L'emploi de l'écouvillon de M. Doléris dispense du lavage.

Si le muco-pus obstrue les culs-de-sac profonds, le curettage ne suffit pas à rendre l'épithélium glandulaire accessible aux antiseptiques.

Le D^r Bouilly leur joint l'excision par procédé spécial au curettage. Nous y reviendrons, quand nous parlerons des méthodes chirurgicales.

Dans le cas où le col est gros et injecté de sang, on a préconisé les scarifications que l'on pratique avec la pointe d'un bistouri ou bien avec un scarificateur spécial. avec un scarificateur spécial.

Grâce à ces scarifications, les kystes glandulaires sont ouverts, et leur contenu évacué.

M. Doléris a, dans ce but, fait construire une sorte de herse.

Mais s'il s'agit d'une dégénérescence scléro-kystique, on n'obtient avec ces moyens qu'un effet palliatif momentané.

Enfin, on pratique parfois, dans le col, des injections interstitielles de teinture d'iode. MM. Auvard et Tournant injectent dans les lèvres un mélange, à parties égales, de créosote, d'alcool et de glycérine, au moyen d'une seringue de Pravaz, dont le piston est pourvu d'une longue tige. — Quelques gouttes seulement sont injectées à une profondeur de deux à cinq millimètres, au plus.

Mais, comme dans le cas de « caustiques » en général, *il n'est pas toujours facile d'en limiter l'action.*

TROISIEME PARTIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

C'est assurément le meilleur moyen que nous ayons à notre disposition pour obtenir la guérison de l'endométrite cervicale chronique. Là où les autres ont échoué, il doit réussir, mais à condition que l'opération soit radicale, bien faite et que l'intéressée veuille bien éloigner les causes de réinfection.

Ils sont nombreux les modes opératoires, et ne datent pas tous d'hier. Ont-ils la même valeur ? Non, à notre avis.

La cervicite chronique a de multiples sièges dans les parties constitutives du col, il nous paraît donc indispensable, si nous voulons opérer avec toutes chances de succès, de faire une exérèse complète, absolue, de tous les tissus atteints.

Nous allons indiquer les principaux modes opératoires.

Dans l'endométrite hémorrhagique du col, les auteurs

sont à peu près unanimes à recommander le curettage. MM. Labadie-Lagrave et Le Gueu le considèrent même comme le remède héroïque, véritablement spécifique de cette dernière ; « Bien exécuté, disent-ils, il n'échoue jamais. »

Dans l'endométrite exfoliatrice il est encore un procédé de choix. On le pratique après tamponnement antiseptique.

Cependant, d'après le Dr Martin, le résultat ne persiste guère que dix-huit mois, et il faut recommencer le curettage plusieurs fois.

Le curettage, d'ailleurs, a quelques adversaires irréductibles. M. Macron, qui s'en fait l'écho, dit entre autres, que « si vigoureux que soit le curettage, la curette entame la partie superficielle des glandes, mais ne râcie jamais les parties profondes, *dans lesquelles persistent les microbes* qui entretiennent l'inflammation... Le curettage ne peut pas guérir la métrite cervicale. On sait que le gonocoque, par exemple, se trouve avec une ténacité désespérante jusque dans le fond des culs-de-sac glandulaires profonds du col. »

Le curettage peut devenir plus efficace, lorsqu'on lui associe le traitement électrique ou galvanocaustique inauguré par Tripier, Le Blond, etc., en 1849, perfectionné depuis, par Apostoli.

Mais ici, pour ne pas opérer à l'aveugle, au grand détriment de la malade, il faut une main particulièrement expérimentée.

D'ailleurs, le véritable traitement chirurgical des cer-

vicites graves consiste dans l'amputation du col, que même le Dr Richelot, malgré sa préférence pour le Fihlos, est loin de rejeter.

Il existe, nous l'avons dit, plusieurs procédés qui ne présentent de réels inconvénients que dans le cas où une technique défectueuse est mise en œuvre et où l'asepsie laisse à désirer.

« Pour réussir, dit M. le professeur Pozzi, il faut réaliser plusieurs desiderata : 1° l'affrontement sera exact, et l'on n'y arrivera que si les lambeaux sont mis en contact sur toute leur étendue ; 2° la suture réunira toute la surface cruentée, ce que l'on obtient en faisant passer les fils profondément, sous toute cette surface, au lieu de se borner à réunir les bords de la section ; 3° l'orifice nouveau ménagé par l'avivement et la section sera suffisamment ouvert. Enfin, il faut se dire que, de tous les procédés appliqués au col, celui de Schræder est le plus difficile, celui qui se prête le moins à une exacte coaptation et à une réunion primitive parfaite, et cela demande une habileté consommée qu'on ne saurait exiger de la plupart des praticiens. »

Opération de Schræder. — Cette opération s'applique spécialement au traitement de la cervicite catarrhale avec ulcération rebelle et dégénérescence folliculaire plus ou moins profonde du col (Pozzi).

La muqueuse, dans ce cas, est généralement en ectropion, et est devenue le siège principal de l'infection.

L'opération consiste dans la simple excision de la mu-

queuse cervicale. On commence par diviser le col en deux moitiés, antérieure et postérieure, par des incisions latérales. On fixe avec une pince la lèvre à traiter, et au moyen d'un bistouri, introduit dans le col jusqu'au niveau de la portion mobilisée, on incise par un trait transversal la muqueuse à enlever. On excise ensuite de haut en bas ou de bas en haut la portion sous-jacente à cette incision, sans craindre d'entamer légèrement le tissu musculaire du col.

Pour suturer la plaie, on passe les fils de la muqueuse intérieure jusqu'au bord de la muqueuse vaginale en traversant l'épaisseur du tissu musculaire.

Il est très difficile d'obtenir un affrontement rigoureusement exact.

Pour la seconde lèvre à restaurer, l'opération devient encore plus difficile. On procède de même façon.

Procédé de Bouilly. — Procédé plus expéditif, il s'applique spécialement à la variété d'endométrite cervicale qui, d'après M. le professeur Pozzi, serait, le plus souvent, la conséquence d'un engouement muqueux, provoqué par le rétrécissement.

Après dilatation du col à la laminaire et curettage du corps de l'utérus, M. Bouilly enlève, avec un bistouri long et étroit, sur chaque lèvre, une gouttière de muqueuse de deux à quatre millimètres d'épaisseur, et entre ces deux gouttières, qui se regardent par leur concavité, il conserve sur les parties latérales du col un pont de muqueuse qui s'opposera à la rétraction cicatricielle.

On tamponne ensuite le col à la gaze iodoformée imbibée de glycérine créosotée au tiers.

Mais dans les tissus respectés par le bistouri, n'y en a-t-il pas que les microbes n'ont pas respectés ?

Amputation biconique de Simon-Markwald. — M. le professeur Pozzi la préfère au procédé de Schröder, mais la modifie suivant les circonstances. Voici brièvement comment se pratique cette amputation.

On place la malade dans la position de la taille ; le vagin est maintenu ouvert par des écarteurs, l'utérus abaissé et le col fixé par une pince tire-balle.

On incise les commissures du col jusqu'au cul-de-sac, puis la lèvre supérieure en allant de la muqueuse interne vers la profondeur et en obliquant de bas en haut.

On pratique une seconde incision partant de la muqueuse externe et allant rejoindre la précédente, de façon à intercepter un segment conique de la lèvre antérieure, à base inférieure et sommet supérieur. Les deux lambeaux obtenus sont suturés avec des crins de Florence.

La même manœuvre se fait sur la lèvre inférieure, après avoir retiré la pince fixatrice. On se sert, pour maintenir le col abaissé, des fils qui ont suturé la lèvre supérieure. On suture enfin les commissures, on irrigue le vagin, on remet l'utérus en place et on tamponne à la gaze iodoformée. — Les fils sont enlevés du douzième au quinzième jour.

Trachélorrhaphie ou opération d'Emmet. — Nous croyons devoir la signaler, bien qu'elle ne soit plus guère pratiquée. Essentiellement réparatrice, elle s'adresse, en particulier, aux déchirures consécutives à l'accouchement et, par conséquent, aux métrites qui en peuvent être la conséquence.

Si la muqueuse est intacte, la trachélorrhaphie peut être utile.

MM. P. Petit et Bonnet la recommandent encore dans le cas de déchirure unilatérale avec ectropion et sclérose bornés au même côté. Mais, si la muqueuse est déjà enflammée, boursoufflée ou fongueuse, les autres procédés d'amputation sont préférables.

Cette opération consiste à pratiquer sur chaque commissure, deux avivements au bistouri, symétriques et se correspondant exactement. On dissèque tout le rebord de la déchirure en enlevant le tissu cicatriciel; on affronte les surfaces cruentées, et l'on suture.

La trachélorrhaphie exposerait moins, disent ses partisans, au rétrécissement du col que les opérations précédentes, à la condition de laisser intacte dans l'axe de cet organe, une partie munie de muqueuse. Mais il faut que cette partie de muqueuse soit saine, sinon la sténose est presque inévitable.

« D'ailleurs, cette opération n'ayant de raison d'être que par l'importance attribuée par Emmet, au tissu de cicatrice, dans la déchirure latérale, le rôle de la *cheville cicatricielle* n'étant plus accepté, l'opération d'Emmet n'est plus pratiquée. » (Pozzi.)

Ces diverses opérations n'ont pas été acceptées avec la même faveur par tous les chirurgiens.

Les partisans de l'opération de Schröder, tels M. Doleris et d'autres, sont d'avis qu'elle n'empêche pas la grossesse et ne fait pas obstacle à l'accouchement.

Grœffe, au contraire, est nettement opposé à ce mode d'intervention, parce que, à son avis, il détermine souvent l'atrophie du museau de tanche et provoque l'accouchement prématuré, sans parler de la fréquence de la sténose, de la dysurie et de la stérilité consécutives. Dès 1899, M. le professeur Pinard insistait sur les conséquences fâcheuses que cette opération peut présenter, Sur 16 grossesses post-opératoires, il n'a constaté que 5 accouchements à terme.

L'opération de Simon-Markwald, diversement modifiée, plus employée actuellement que la précédente, revendique les mêmes avantages (Pozzi, Maucclair, etc.), et expose moins qu'elle aux déformations et aux rétrécissements.

Nous avons, croyons-nous au moins, passé en revue les diverses méthodes ordinaires de traitement des cervixes.

Nous avons fait suivre chacune d'elles des appréciations et de leurs auteurs ou partisans et de leurs critiques.

Nous n'y reviendrons plus, voulant consacrer la partie terminale et importante de notre thèse à la méthode du Dr Pouëy, pour laquelle nous nous permettons d'avoir une préférence marquée. Nous l'exposerons d'une façon

aussi complète que possible avec ses indications et contre-indications, ses avantages.

Nous la ferons suivre d'un certain nombre d'observations qui, toutes, à l'exception de celle qui nous a été envoyée par l'auteur du procédé, nous sont personnelles et ont été prises à l'hôpital Saint-Michel.

METHODE DU D^r POUËY (de Montévidéo)

ou

EVIDEMENT CONOÏDE DU COL UTÉRIN

Imbu de cette idée qu'il ne fallait laisser aucune épine dans la plaie, le D^r Pouëy a donc imaginé ce qu'il a appelé *l'évidement conoïde*, opération qui consiste en une résection circulaire intracervicale complète, pénétrant jusqu'à l'orifice interne du col et atteignant en épaisseur au moins trois ou quatre millimètres, de façon à extirper même les culs-de-sac glandulaires où se cantonnent les derniers germes infectieux.

Instruments et technique opératoire. — Avant d'exposer la technique opératoire de la résection du col (mode Pouëy), nous allons nous efforcer de donner une description de deux instruments que notre maître, le D^r P. Petit, a eu l'idée d'employer pour faciliter l'opération et en abrégér notablement la durée. Ayant assisté aux premières interventions faites à l'aide de ces instruments, nous

avons pu apprécier, *de visu*, la supériorité qu'ils présentent en l'occurrence sur les pinces et les bistouris ordinairement employés.

Ils sont au nombre de deux : 1° le bistouri à glissière ; 2° la pince porte-mandrin.

Le bistouri est un bistouri très pointu dont le tranchant peut avoir la longueur augmentée ou diminuée à volonté par une glissière à crans d'arrêt fixée à sa base.

Un examen préalablement fait à l'hystéromètre, détermine la profondeur du conduit cervical. Il suffit de porter cette longueur sur le bistouri, de la fixer par la glissière, pour que la résection atteigne l'extrémité interne du col.

Le second instrument est dénommé *pince porte-mandrin*. Le Dr Pouëy fait l'évidement autour d'une bougie d'Hégar, préalablement introduite dans le col. Mais cette bougie étant maintenue d'une main par l'opérateur qui, de l'autre, tient le bistouri, deux pinces à abaissement étant au moins nécessaires pour fixer le col et le diriger, le champ opératoire est forcément encombré. Le chirurgien lui-même se trouve, de ce fait, dans une position plutôt embarrassée, nuisible et à la rapidité et à la bonne exécution de l'exérèse.

D'où l'idée de la pince porte-mandrin qui réunit en un seul instrument la bougie et les deux pinces à col.

Cet instrument, d'ailleurs, que décrit le Dr P. Petit et dont il donne une figure dans la *Gazette des Hôpitaux* (novembre 1905), n'est qu'une pince à abaissement à laquelle il a adapté le tronçon d'une bougie d'Hégar de

fort calibre, qui vient s'articuler dans l'angle formé par les deux branches.

Une fois la bougie introduite dans le col, la pince se referme, fixant sur le mandrin les lèvres antérieure et postérieure du conduit cervical.

Le col, ainsi solidarisé avec la pince, peut désormais suivre tous les mouvements que l'opérateur lui imprime.

Nous arrivons à l'acte opératoire que nous allons nous efforcer de décrire aussi nettement et clairement que possible.

On peut se passer de la narcose. L'utérus est un organe assez peu sensible. On voit assez souvent pratiquer des curettages après simple dilatation par laminaire, même chez des malades assez pusillanimes pour ne pas vouloir être endormies.

En ce cas, l'anesthésie locale faite avec une solution de cocaïne à 1 0 0 par badigeonnages à l'endomètre et injections dans l'épaisseur du col poussées jusqu'à quatre centimètres de profondeur de chaque côté peut suffire.

Toutefois, l'anesthésie générale est préférable.

Après asepsie complète du champ opératoire, on mettra avec avantage la valve à poids qui abaisse suffisamment le périnée, et évite la main d'un aide. Dès lors, le col apparaît très nettement. Saisi par une pince à droite et à gauche, il est amené à portée de l'opérateur, qui, généralement, commence par faire un curettage corporel, suivi d'un badigeonnage à la glycérine créosotée à 10 0/0.

Dans les cas subaigus, il est cependant prudent de s'en

abstenir pour ne pas ouvrir des voies aux germes trop nombreux que la curette ne peut expulser.

Le premier acte est terminé. La pince porte-mandrin n'a plus qu'à introduire la bougie (Hégar n° 14) dans le col utérin, sans se préoccuper de la profondeur à laquelle on l'enfonce, de préférence toutefois, au-delà de l'orifice interne. On ferme la pince, et l'utérus est désormais livré à la main qui tient l'instrument par les anneaux et lui imprime la direction que réclame l'opérateur.

Les pinces à abaissement, inutiles désormais, sont supprimées.

La main gauche saisit alors les anneaux de la pince porte-mandrin, et la droite enfonce dans le col le bistouri jusqu'à la glissière, préalablement fixée, de façon qu'il atteigne la profondeur voulue, c'est-à-dire l'orifice interne. Cela fait, il suffit de décrire un lambeau semi-circulaire qui comprend l'espace situé entre les deux branches de la pince, soit à droite, soit à gauche. Cette opération s'obtient par un mouvement de va-et-vient du bistouri qui devra toujours cheminer parallèlement au mandrin et à une distance de 3 ou 4 millimètres. Ce qui fait une épaisseur un peu inférieure à la moitié de l'épaisseur du col, épaisseur amplement suffisante d'après l'étude histologique faite sur les coupes.

La même manœuvre est accomplie de l'autre côté.

Il ne reste plus que deux ponts de tissus correspondant aux mors de la pince. Un coup de ciseau sur chacun d'eux, après avoir enlevé l'instrument, en fait la section.

Nous nous trouverons alors en présence d'un cône mus-

culo-muqueux, qui tient encore au col par la base : une incision bilatérale de cette muqueuse nous permet d'en constater la profondeur.

A ce moment, quatre pinces de Chapus peuvent faciliter l'opération. Placées en croix sur la portion saine du col, nous saisissons successivement avec la pince à disséquer les deux lambeaux que nous voulons réséquer et nous les enlevons tour à tour d'un seul coup de bistouri.

Les pinces de Chapus nous ont servi de pinces d'écartement et donné du jour.

L'opération se peut terminer de deux manières.

Le premier procédé, dit à suture, consiste, comme dans le Schröder, à faire un rapprochement entre la muqueuse vaginale du col et la muqueuse cervicale.

Le Dr Pouëy fait dans ce cas une suture circulaire au catgut, une aiguille à grande courbure est pour cela nécessaire. Le surjet à points passés est celui qui fait le meilleur rapprochement. Le dernier point achevé, il suffit de rattacher le dernier chef au premier, et l'on a une suture circulaire complètement fermée. L'essentiel est d'éviter les points morts, et, pour y arriver, le meilleur moyen est de rapprocher les points de suture.

Le col, alors, a repris une apparence presque normale, et l'on est tout étonné de le voir absolument réformé.

Enfin, plaçant dans le col un petit tube en caoutchouc durci de Championnière, afin d'assurer le drainage de la cavité utérine ou bien une mèche iodoformée, on termine par un léger pansement vaginal que l'on change le surlendemain.

Un second mode de terminaison s'offre encore à l'opérateur et supprime la suture. Une gaze, imprégnée de glycérine créosotée au cinquième, est introduite dans l'orifice cervical et tassée fortement dans tout le col, remplissant ainsi l'espace occupé, antérieurement par le tube réséqué. Un pansement vaginal un peu serré achève de maintenir le tout et arrête l'hémorrhagie, d'ailleurs presque toujours légère.

Toutefois, si les résultats thérapeutiques sont ici sinon supérieurs, au moins plus certains, grâce au contact prolongé des substances antiseptiques qui poursuivent les derniers germes pathogènes qui auraient pu échapper, les pansements consécutifs sont plus délicats.

Il faut, 48 heures après l'intervention, changer la mèche, et recommencer cette opération tous les deux jours.

Chaque fois, la gaze est imbibée d'une solution saturée d'acide picrique, qui kératinise le nouveau col ; mais elle n'est introduite qu'après injection d'une solution alcaline ; soit la liqueur de Labarraque (2 cuillerées à soupe par litre d'eau), soit une solution d'hypochlorite de soude à 10 p. 1.000.

Chaque fois aussi, le tassement intracervical doit être légèrement relâché.

On maintient la béance du col pendant vingt jours environ. Au bout de ce temps, le col, qui, après l'opération « pendait comme une loque et laissait étaler sa surface cruentée » (P. Petit), que l'on voyait à chaque pansement se rétracter sur la mèche, reprend peu à peu, mais bien vite, relativement, sa forme première.

L'opérée devra, quelque temps encore, continuer les injections alcalines.

Nous avons parlé de deux modes de terminaison dans l'opération de Pouëy, mais il ne faudrait pas les appliquer indifféremment à tous les cas.

Dans les cas subaigus, par exemple, la suture est contre-indiquée ; la friabilité des tissus la ferait échouer. Si le col possède à peine la longueur voulue et si l'on craint de le diminuer encore, il est préférable de s'adresser au tamponnement.

Mais si l'organe est long et volumineux, la suture circulaire à la façon de Pouëy se trouve bien indiquée.

Indications et contre-indications. — Comme toutes les méthodes, celle du D^r Pouëy a ses indications et ses contre-indications : indications et contre-indications, relevant surtout de la période du mal, de l'état des parties atteintes.

Dans les cervicites aiguës, toute résection cervicale est absolument contre-indiquée, l'évidement conoïde plus que les autres peut-être, puisqu'il est plus radical.

En effet, ce serait opérer dans un foyer infecté et s'exposer, du fait d'une intervention directe et violente sur le col, à déterminer de nouvelles poussées circum-utérines, faciliter le chemin des germes jusque dans l'utérus et les annexes... alors que l'expectative, un traitement non perturbateur, ne peuvent qu'amener une atténuation de la virulence microbienne.

D'ailleurs, la suture échouerait, et nous ne pourrions

retrouver, au point de vue plastique, tous les avantages que doit nous assurer l'évidement conoïde.

Dans les cas subaigus, la contre-indication n'est pas aussi formelle, mais l'opération est rendue bien difficile par la friabilité des tissus. Les pinces n'ont aucune prise, dilacèrent le col et les points de suture sont mal assurés.

Quant aux lésions concomitantes, elles ne sauraient être un impedimentum absolu qu'au cas où l'on aurait des raisons pour craindre l'ouverture spontanée ou provoquée d'un abcès pelvien dont le pus pourrait infecter la plaie cervicale.

Ici encore, l'opération présente plus de difficultés à cause de la fixité relative de l'utérus et de la nécessité d'opérer à plus grande profondeur.

Le moment à choisir pour l'intervention, si toutefois on le peut, est celui où l'infection, considérablement atténuée par un traitement antérieur et par le temps, s'est cantonnée au col utérin, quand la muqueuse vaginale est guérie, et que l'urèthre et les glandes voisines n'ont plus aucune sécrétion suspecte.

L'affection se réduit alors à une suppuration cervicale, doublée d'une zone congestive bien limitée et liée à l'inflammation des glandes cervicales.

Même en dehors et indépendamment de la virulence et de l'abondance de la sécrétion, fût-elle hyaline ou muqueuse, l'opération est indiquée.

Avantages. — « Je considère que l'évidement conoïde du col constitue un réel perfectionnement du procédé de Schröder. »

Ainsi s'exprime le D^r Pouëy dans sa communication au 2^e Congrès latino-américain, tenu à Buenos-Ayres, du 4 au 11 avril 1904.

Nous nous rallions à cette opinion.

Cette opération, en effet, présente moins de difficultés que celles de Schröder, Bouilly, Simon-Markwald, etc.

Au point de vue plastique, elle ne craint non plus aucune comparaison. « Le grand avantage du procédé de Pouëy, c'est l'absence de section bilatérale du col. C'est surtout de cette section, qui rompt complètement le système des fibres sphinctériennes du col que dépendent, pour peu qu'un catgut cède trop tôt, les rétractions et les déformations consécutives qui sont trop souvent à déplorer, tant au point de vue esthétique que fonctionnel, à la suite de l'opération classique de Schröder. » (P. Petit).

Après l'opération, faite suivant la méthode du D^r Pouëy, nous avons vu le col reprendre peu à peu sa forme première. « Non seulement, dit le D^r Petit, il reprend sa forme, mais même une épaisseur quasi-normale, comme s'il l'avait récupérée par une sorte de travail d'intussusception, si bien que, si l'on n'a pas assisté à l'exérèse, il est très difficile de se rendre compte qu'elle a eu lieu. »

Deux fois, nous communique le D^r Pouëy, il a eu l'occasion de faire des hystérectomies vaginales sur des personnes qui avaient antérieurement subi l'évidement conoïde. Dans ces deux cas, il a pu voir le conduit cervical parfaitement constitué : une ligne cicatricielle presque imperceptible réunissait la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale.

Quant au point de vue fonctionnel, ce procédé n'a rien à envier aux autres. Les règles se rétablissent. La fécondation ne se trouve pas entravée et l'accouchement ne paraît pas, de ce fait, offrir plus de difficultés.

Enfin, et ce n'est certes pas un des moindres avantages de ce mode opératoire, le chirurgien a toutes chances de voir la guérison parfaite de sa malade à la suite de son intervention, puisqu'il a supprimé toutes les parties atteintes.

Le Dr Pouëy compte au relevé de ses observations, 38 noms d'opérées au Sanatorium, 131 à l'hôpital et un certain nombre en ville. Toutes celles qu'il a revues ultérieurement, et elles sont nombreuses, dit-il, se sont présentées à lui dans les meilleures conditions : col parfait, jamais de sténose.

A l'hôpital Saint-Michel, où nous avons eu l'honneur d'être un an l'interne des D^{rs} Récamier et Petit, et où le procédé Pouëy était surtout adopté, il nous a été donné d'en constater les avantages. Nous avons, d'ailleurs, tenu à compléter notre travail inaugural en y ajoutant quelques-unes de nos observations.

DOCUMENTS CLINIQUES

OBSERVATION I.

Hôpital St-Michel. — (Personnelle.)

Mme C. A... âgée de 36 ans, se présente à la consultation de l'hôpital St-Michel le 3 avril 1905, cherchant remède à des troubles utérins.

Elle nous apprend qu'elle a été réglée à 15 ans et n'a présenté rien de particulier dans sa première jeunesse.

Mariée à 20 ans, elle accouche normalement à 21. Trois mois après, elle se plaint de mictions douloureuses, de pertes assez abondantes, verdâtres et empesant le linge. — Un traitement médical atténue tous ces symptômes, pour nous probants, d'une blennorrhagie.

Depuis, elle a mené à bien deux grossesses, mais a toujours eu, dit-elle, des pertes blanches, abondantes surtout avant les règles.

L'examen démontre chez elle l'existence d'un cystocèle notable et d'une déchirure imposante du périnée.

L'utérus est mobile, non dévié, mais le col semble augmenté de volume et légèrement entrouvert. Le spéculum permet de

constater une ulcération de la largeur d'une pièce de un franc.

Le diagnostic est fait, et la malade, admise dans le service du Dr Petit, est opérée le surlendemain.

Après curettage, on fait l'évidement conoïde, suivi de suture, puis une colporaphie antérieure et une périnéoraphie. Les suites opératoires furent normales, et trois semaines après, la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

Un mois après, le 25 mai, nous l'avons revue : elle avait eu ses règles sans douleur. A l'examen on put voir un col absolument normal, ne présentant même plus trace des points de suture.

L'hystéromètre passait librement, et les pertes blanches avaient complètement disparu.

OBSERVATION II.

Hôpital St-Michel. — (Personnelle.)

Mlle B..., âgée de 25 ans, est acceptée dans le service du Dr Petit, le 7 avril 1905. Elle se plaint de douleurs de reins avec irradiations dans les jambes, de souffrances du côté de l'utérus et de pertes blanches abondantes.

Nullipare, elle ne présente rien de particulier dans son passé jusqu'à l'âge de 18 ans, époque à laquelle elle contracte une première blennorrhagie,

Jusqu'à 22 ans, elle s'est soignée elle-même : sa profession d'ailleurs lui faisait prendre des injections fréquentes, et dans

le milieu où elle vivait, il lui avait été indiqué de nombreux traitements.

Enfin, il y a un an, elle séjourna deux mois à l'hôpital Necker, où on lui fit un curetage.

Depuis, elle prétend souffrir davantage et avoir des pertes blanches plus abondantes : sans doute un nouveau coït virulent n'y est pas étranger.

A son entrée, on constate de la sensibilité du côté de l'utérus. Le col est gros et présente une vaste ulcération qui occupe presque tout son orifice.

Le Dr Petit, deux jours ensuite, procède, après curetage, à l'évidement conoïde, sans suturer les deux muqueuses. Le surlendemain de l'opération, nous changeons la mèche intra-cervicale et continuons le pansement tel que nous l'avons décrit plus haut. Le 20^e jour, tout pansement est abandonné, et le col se réforme très bien. L'hystéromètre nous rend compte à ce moment qu'il est largement perméable.

Un mois après, la malade revient et nous apprend qu'elle a eu ses règles.

Il y a quelques jours, c'est la naissance d'un enfant qu'elle vient nous annoncer.

Le travail avait duré 14 heures. Ce qui, pour une primipare, ne présente rien d'excessif. Et si le périnée était à refaire, le col ne présentait même pas une légère déchirure.

OBSERVATION III.

Hôpital St-Michel. — (Personnelle.)

Mme J. F..., âgée de 20 ans, rentre dans le même service

le 17 avril 1905, se plaignant de douleurs lombaires et de pertes blanches abondantes.

Réglée à 14 ans, elle est, deux ans plus tard, atteinte de fièvre typhoïde. A 18 ans, elle se marie et presque aussitôt ressent les symptômes d'une cystite intense, probablement blennorrhagique, accompagnée de pertes blanches abondantes et laissant sur le linge une marque verdâtre quasi-empesée.

Pendant un mois elle s'est soignée empiriquement : mais, le mal augmentant elle se décida. 3 mois après, à rentrer à l'hôpital Boucicaut, où, prétend-elle, on lui dit qu'elle était atteinte de métrite.

On lui fit, pendant trente jours, des pansements qui semblent être des tamponnements à la glycérine ichthyolée.

Se sentant mieux, elle cessa d'y aller. Les douleurs toutefois n'avaient pas complètement disparu, et le 17 avril elle rentre à Saint-Michel.

Le ventre est peu douloureux à la pression, et la malade localise ses douleurs à la région lombaire. Elle accuse d'abondantes et persistantes pertes blanches.

L'utérus est mobile, le col gros et court, portant une ulcération de deux centimètres de diamètre.

La malade est opérée suivant le procédé du Dr Pouëy, sans suture.

Après 20 jours de pansement, le col est abandonné à lui-même, et 8 jours ensuite la malade sort de l'hôpital, après avoir revu ses règles sans douleur, sans pertes blanches, guérie en un mot.

A une lettre que nous lui avons écrite pour lui demander des renseignements sur son état, elle a répondu qu'elle venait d'accoucher sans peine d'un enfant à terme, et qu'elle se portait très bien.

OBSERVATION IV.

Hôpital St-Michel. — (Personnelle.)

Mlle Hélène H., âgée de 24 ans, au passé génital assez chargé, a fait, il y a deux ans, un dernier séjour à La Charité pour salpingite, nous dit-elle; elle y a subi une laparotomie.

On ne lui a enlevé sans doute qu'un ovaire et qu'une trompe, puisqu'elle a continué à avoir ses règles presque régulièrement, mais avec de légers retards.

A son entrée à l'hôpital, 24 mai 1905, elle se plaint de pertes blanches abondantes, datant de deux mois, et nous pouvons constater qu'elle se trouve en possession d'une métrite subaiguë.

Du col suinte un liquide jaune verdâtre qui tapisse presque tout le vagin.

Un traitement d'attente est institué : irrigation continue d'une solution de permanganate de potasse au 1/6000 pendant le jour. Le soir tamponnement à la glycérine ichthyolée, et bain de siège, le lendemain matin.

Au bout de trois semaines, l'ulcération seule existe : peu de suintement, ainsi que permet de le constater un tampon d'épreuve laissé la nuit.

Le Dr Petit décide d'intervenir. Résection du col le 26 juin, mode Pouëy avec suture, le col étant assez long.

Pansements comme nous l'avons indiqué; suites normales. Guérison.

Nous avons revu et examiné cette opérée le 19 septembre : il était presque impossible de se rendre compte que le col avait subi une opération quelconque.

Au point de vue fonctionnel, pas une perte, pas une douleur, règles normales.

OBSERVATION V.

Hôpital St-Michel. — (Personnelle.)

Mme Julie S., 28 ans, entrée le 10 juillet.

La menstruation s'établit facilement et régulièrement à 14 ans. Mariée à 22 ans, elle accouche à 23 et à 26 ans. Depuis ce dernier accouchement, elle a souffert de façon à peu près continue et subi l'ennui de pertes blanches abondantes.

A l'examen, on trouve un col qui a été déchiré et présente deux encoches peu profondes avec une ulcération centrale assez large.

Trois jours après on procède à l'évidement conoïde; la suture circulaire est faite avec mèche centrale.

Tout se passe normalement jusqu'au soir du 8^e jour, moment où il se présente une ascension thermique, qui s'accroît le lendemain.

A l'examen du col, on s'aperçoit que l'un des points de suture avait lâché. Une infirmière, imprudente au moins, avait laissé la malade se donner son injection elle-même : et cette dernière avait sans doute fourragé dans le col, y introduisant des germes infectieux.

Tous les autres points de suture lâchèrent à la suite, et la température se maintint plusieurs jours assez élevée.

Nous retombions dès lors dans le Pouëy sans suture.

On fait donc le tassement d'une mèche à l'intérieur du col, avec asepsie aussi complète que possible et renouvellement chaque jour. La température retombe et les suites opératoires redeviennent normales.

La malade sort guérie au bout de 38 jours.

Depuis nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

OBSERVATION VI.

Hôpital St-Michel, — (Personnelle.)

Mlle B. H..., 30 ans, réglée à 15 ans, n'a aucun antécédent pathologique jusqu'à l'âge de 26 ans.

Depuis cette époque, au point de vue génital, elle accuse de continuelles souffrances : règles douloureuses, sécrétion utéro-vaginales abondantes, très colorées, à odeur prononcée.

L'examen plus complet révèle une métrite chronique avec col très gros et long.

Pendant quelque temps on lui fait des attouchements à la teinture d'iode : aucun effet ne se produit, et le 13 décembre, on décide de pratiquer un curettage suivi d'évidement conoïde du col.

L'opération se fait sans difficulté, et la suture circulaire la termine.

Les pansements ultérieurs se font *ut supra*, et au bout de 15 jours, le col est parfaitement reformé. Le 16^e jour, les règles réapparaissent, et la malade sort sans avoir présenté le moindre écoulement suspect, la moindre douleur.

OBSERVATION VII.

Hôpital St-Michel. — (Personnelle.)

Mme E. G..., 27 ans, mariée depuis 6 ans, a deux enfants, dont elle a accouché sans intervention. Elle souffre depuis le dernier accouchement des régions lombo-abdominales et a subi, il y a un an, un curettage, suivi d'atténuation des douleurs, mais non des pertes blanches, assez abondantes aujourd'hui pour l'amener à la consultation de l'hôpital St-Michel le 17 septembre 1905.

On constate une cervicite ancienne avec ectropion.

Traitée d'abord au Néophilos pendant un mois et demi, l'ulcération s'atténue, mais il reste un écoulement intracervical qui décide le Dr Petit à faire la résection du col.

L'opération a lieu le 5 novembre sans suture, le col étant déjà assez court.

Au bout de 23 jours, la malade, après des suites opératoires normales, quitte l'hôpital, et depuis nous ne l'avons pas revue.

Les règles avaient subi un léger retard; aussi lui avait-il été bien recommandé de revenir, si ce retard persistait.

Elle n'est pas revenue, donc tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION VIII.

Fournie par le Dr Pouëy, de Montévidéo.

Le 15 septembre 1904, j'ai opéré, suivant mon procédé, d'une cervicite chronique, Mme Carmen R... de Lenti.

C'est une neuro-arthritique qui a eu 10 accouchements normaux, sans suite défavorable et un avortement à 5 mois.

Depuis cet accident elle souffre du ventre et des lombes, principalement à l'époque des règles, avec irradiations du côté des fosses iliaques. Leucorrhée, crises hystériformes.

Après dilatation très facile, curettage, écouvillonnage à la glycérine créosotée, je pratique l'évidement conoïde. Dissection facile, hémorrhagie plus abondante que d'habitude : tissus très mous, suture en surjet au catgut; 2 points sont faits profondément au crin de Florence.

Tube Lucas-Championnière cervical et tampon de gaze vaginal.

A 11 h. légère hémorrhagie qui nécessite le remplacement du tampon vaginal.

Le 20, la suture a lâché du côté gauche, à la partie postérieure du col. Entre les lèvres il y a un hématome; deux jours après, les deux lèvres de la suture de la partie postérieure du col sont béantes.

On change tous les deux jours le tampon vaginal, et on lave le vagin au formol.

Un mois après, j'examine la malade. Orifice du col très bien. J'introduis jusqu'au fond de l'utérus une bougie en gomme n° 20. Le 24 octobre, je note une bride vaginale dans le cul-de-sac postérieur qui va vers l'orifice externe.

Élévateurs de l'anus très saillants et contracturés.

Le 21 février, le col est bien : le conduit cervical, un peu étroit, résiste modérément à l'introduction de l'hystéromètre.

D'après l'époque de l'accouchement (13 décembre), nous voyons que cette opérée n'a pas tardé à être fécondée.

Accouchement. — Après 9 heures de travail, la dilatation est de trois travers de doigt, le segment inférieur de l'utérus restant gros et dur.

Sur le col à droite, cicatrice assez notable et rigide. La poche des eaux se rompt alors, la présentation est engagée.

Tétanisation utérine; souffrance du fœtus.

On décide de faire, sous chloroforme, la dilatation manuelle. Au bout d'une heure elle a augmenté d'un centimètre à peine.

Trois heures après, l'utérus restant inerte, le fœtus présentant des signes de souffrance et la malade ayant un frisson avec une température de 39,4, on anesthésie de nouveau la parturiente, on fait sur le col des incisions d'un centimètre et l'on applique le forceps.

Les tractions sont sans effet; on ne perçoit plus les battements du cœur fœtal. On fait la céphalotripsie, et l'on termine l'accouchement, non sans avoir éprouvé d'énormes difficultés pour dégager les épaules : l'enfant était très gros.

À l'examen des parties intéressées, qui saignent beaucoup, on constate une déchirure de 6 centimètres sur l'utérus, une autre de même taille sur le vagin.

On ne peut suturer que le vagin : la plaie utérine est tamponnée à la gaze.

L'état de la malade fut, durant plusieurs jours, des plus précaires, mais, malgré tout ce traumatisme, la convalescence a bien marché.

Le 23 janvier, 40 jours après son accouchement, Mme R., me donne de ses nouvelles. Elle se dit très bien, et se dispose à me venir voir.

Voilà l'observation d'un accouchement qui, chez une opérée (mode Pouëy), s'est péniblement terminé. Faut-il en incriminer la méthode? Nous ne le croyons pas, l'exception ne pouvant infirmer une règle.

Le Dr Pouëy, qui a tenu à nous communiquer la rela-

tion de ces difficultés, estime que le médecin accoucheur, impatienté d'une trop longue attente, a fait sans succès la dilatation digitale. Nous, nous rappellerons que l'évidement conoïde ne se fit pas sans peine et que les suites opératoires ne furent pas aussi régulières que d'habitude : tissus mous, hémorrhagies, hématome, sutures lâchant, restauration des plus lentes. Nous n'oublierons pas non plus que, sur le col, à droite, il fut constaté, lors de l'accouchement, une cicatrice notable et rigide, qu'il y eut tétanisation utérine.

Et nous verrons, dans cet ensemble de faits peu ordinaires, une explication très acceptable, croyons-nous, de la pseudo-faillite du procédé de notre choix.

CONCLUSIONS

I. — La thérapeutique de l'endométrite cervicale est des plus variées. On y trouve des méthodes non sanglantes et les procédés où l'instrument tranchant joue le grand rôle.

II. — Le traitement médical est ordinairement insuffisant ; n'en sont en effet tributaires que les cas bénins ou ceux qui atteignent des personnes se refusant à une opération sanglante. Exception faite toutefois pour le Néophilos, dans le cas d'ectropion.

III. — Le traitement chirurgical reste le moyen héroïque. Les procédés sont nombreux, mais n'ont pas tous la même valeur. Nous donnons la préférence au procédé du D^r Pouëy, qui, ne laissant aucune épine dans la plaie, doit amener une guérison durable. Il n'est suivi d'aucun inconvénient.

IV. — Le moment de choix pour intervenir, c'est celui où l'infection s'est cantonnée au col utérin.

Vu et permis d'imprimer :

Le doyen de la Faculté,
DEBOVE.

Le Président de la thèse,
BUDIN.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

POZZI. *Traité de Gynécologie*.

BONNET et PAUL PETIT. *Traité de Gynécologie*.

VEIT et RUGE. Zur pathologie der vaginalportion (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1878, Bd II, p. 415; 1882, Bd VIII, p. 405).

DE SINÉTY. Des ulcérations du col de l'utérus dans la métrite chronique (Compte-rendu de la Société de Biologie, 1880; *Assoc. fr. pour l'avancement des Sciences*, 1880, p. 973).

TRAITEMENT

RICHELOT. Sur le traitement de la métrite cervicale (*La Gynécologie*, déc. 1901-fév. 1904. — Société d'Obst. et de Gynécol. de Paris, 9 nov. 1903; 9 février 1904. — Chirurgie de l'utérus, Paris, 1902).

MACRON. Contribution à l'étude du caustique de Filhos dans les cervicites chroniques invétérées. *Th. de Paris*, 1903, n° 16.

POZZI. *Traité de Gynécologie*, 4^e édit., 1905. Tome I. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, n° 3. p. 97). — *Presse médicale*, 1901, n° 41. — Traitement de

DOLÉRIS. Métrite cervicale. Caustiques et traitement chirurgical (*La Gynécologie*, décembre 1901).

PAUL PETIT. De l'amputation sus-vaginale du col, suivant le procédé de Schröder (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1891, p. 97). — *Presse médicale*, 1901, n° 41. — Traitement de l'endocervicite (*Gaz. des Hôp.* du 23 novembre 1905).

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, Paris, 1904.

APOSTOLI. Sur un nouveau traitement de la métrite chronique. Paris 1887.

C. SCHRÖDER. (*Charité-Annales*, 1878, Bd V., p. 343; *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1878, Bd. III, p. 419).

BOUILLY. Endométrite cervicale glandulaire (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1893. T. XIX, p. 112).

MARKWALD. (*Arch. f. Gynäkologie*, 1875, T. VIII, p. 48.)

BONNET et P. PETIT. *Traité pratique de Gynécologie*, Paris, 1894.

MAUCLAIRE. (*Bulletin médical*, 1904, n° 46.)

GRÖFE. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1901, n° 23.)

F. BERNHEIM. L'opération de Schröder; son influence sur la conception, la grossesse et l'accouchement. *Th. de Paris*, n° 64.

POUËY (de Montivideo). Congrès Latino-Américain de Buenos-Ayres, avril 1904.